FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° –

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 avril 1904, à 1 heure.

PAR

Haïk SÉBIAN

DES

Hernies de la Trompe

ET DE

L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. DELENS, WALTHER, et MAUCLAIRE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MathiasDUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (cgef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.
Président de l'Académie de médecine.
Chirurgien de la Charité.
Commandeur de la Légion d'honneur.

A la fin de nos études médicales, nous avons un devoir bien doux à remplir envers les maîtres dont nous nous honorons d'avoir été l'élève.

Nous n'oublierons pas la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers eux. Durant ces années ils nous ont montré une bienveillance sans égale. La clarté de leur enseignement clinique, leurs leçons magistrales, resteront toujours gravées dans notre mémoire. Aussi nous sommes heureux de leur adresser ici nos remerciements.

C'est ainsi qu'en médecine, M. le professeur Dieulafoy nous a montré, au lit du malade et dans ses cours, les moyens pratiques de reconnaître les affections pouvant entraîner à des erreurs de diagnostic, graves de conséquences. M. le Dr Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, que nous sommes heureux d'avoir eu pour maître, nous a enseigné la symptomatologie, la thérapeutique des affections du cœur ; dans cette étude pénible et délicate il nous a été d'un grand secours.

En chirurgie, nous n'oublierons pas les conseils éclairés de M. le professeur Kirmisson, qui nous

a montré le rôle élevé du chirurgien auprès de l'enfant.

Nous tenons aussi à remercier M. le Dr J. Lucas-Championnière, qui, dans son service de l'Hôtel-Dieu, nous a fait profiter de son expérience. M. le Dr Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté, qui a bien voulu nous autoriser à prendre l'observation d'une malade opérée dans son service.

En obstétrique comment pourrions-nous faire l'éloge de nos maîtres : M. le professeur Pinard, M. le Dr Champetier de Ribes ! A leur contact nous avons appris le rôle important que joue le médecin, et ils nous ont inculqué les principes qui nous guideront dans l'exercice de notre profession.

Il nous reste à remercier M. le professeur Tillaux dont la bonté jointe à la science nous a permis de nous instruire ; depuis longtemps nous nous plaisons à suivre ses leçons à la Charité et nous nous sommes pénétré de cette idée que l'intervention chirurgicale doit être étayée sur un bon diagnostic.

En acceptant la présidence de notre thèse, il nous fait un honneur dont nous reconnaissons tout le prix, qu'Il soit assuré de notre dévouement respectueux.

H. Sébian.

DES

HERNIES DE LA TROMPE

ET DE

L'OVAIRE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de voir opérer trois cas de hernies inguinales de l'ovaire et de la trompe, il nous a paru intéressant de recueillir les différentes observations publiées sur des cas analogues : sans doute le sujet a été déjà traité, mais il ne nous a pas été donné de lire une étude d'ensemble de ces lésions ; dans ce but nous avons fait nos efforts pour établir la symptomatologie des hernies de la trompe et de l'ovaire en général : puissions-nous y avoir réussi suivant nos faibles moyens.

ETUDE HISTORIQUE

Gouey de Rouen, en 1716, rapporte un cas de gestation dans le sac d'une hernie inguinale droite. Gouey ouvrit le sac, et y trouva un embryon de deux mois.

Percival Pott, en 1756, enleva deux tumeurs siégeant au niveau des régions inguinales ; la femme cessa d'être réglée, les seins perdirent leur volume.

Balin, en 1768, dans son ouvrage intitulé : *L'art de guérir les hernies*, établit que la hernie de l'ovaire était déjà connue au temps de Soranus d'Ephèse.

Desault, en 1779, trouve à la dissection, dans un sac herniaire, la trompe de Fallope, l'ovaire correspondant et la corne utérine.

Il nous faut en réalité arriver à Deneux, 1813, pour avoir une notion nette des lésions.

Lallement (1816) rapporte le fait figuré plus tard par Cloquet (1831) dans sa *Pathologie chirurgicale*. Il s'agissait d'une hernie crurale droite contenant l'utérus, les trompes, les ovaires, et une

partie de l'épiploon. L'ovaire droit était transformé en kyste.

Billard, 1837, dans le *Traité des maladies des enfants*, rapporte le cas d'un enfant de 17 jours présentant à la région inguinale gauche une tumeur arrondie, grosse comme une aveline, dure au toucher, ne diminuant pas par la pression, ne pouvant pas rentrer dans l'abdomen par le taxis. La mort étant survenue au bout de vingt-six jours, on vit que le canal inguinal était plus large qu'il n'a coutume de l'être chez la petite fille, l'ovaire et le pavillon de la trompe un peu rouges et un peu tuméfiés étaient logés librement au fond du sac formé par le prolongement du péritoine avec la cavité duquel il communiquait librement.

En 1840 Velpeau décrit la hernie ovarienne sous le nom de *Ovarioncie* (*Dict. de Médecine*. Tome XXII, page 560). La même année Verdier (*Traité pratique des hernies*, page 394), signale une observation de hernie crurale de l'ovaire droit ; le diagnostic se basait sur ce fait que la tumeur était toujours plus grosse, plus sensible à l'époque des règles.

En 1846 Neboux (*Archives générales de Médecine*) signale un étranglement herniaire. L'ovaire était étranglé au niveau de l'orifice inguinal interne. Il nous faut arriver ensuite jusqu'en 1850 pour retrouver des cas de hernie inguinale de l'ovaire rapportés par Maisonneuve dans sa thèse de professorat ; nous trouvons décrit l'étranglement de

l'ovaire, et nous voyons que tout comme dans l'étranglement intestinal il peut y avoir vomissement, disparition de toute excrétion stercorale.

L'année suivante, 1851, Morel Lavallée, à la Société de chirurgie de Paris, reprend la question ; ce chirurgien montrait que le fond de l'utérus était entraîné du côté de la hernie. Balley, 1854, dans sa thèse inaugurale soutenue devant la Faculté de Paris mentionne une hernie inguinale droite de l'ovaire ; il donne du reste peu de détails sur la malade qui faisait le sujet de l'observation : la tumeur était le siége d'une douleur exagérée par le moindre contact ; on prescrivit un bandage comme pour une hernie inguinale intestinale.

Oldham (1857, *Med. Tim.*) rapporte deux cas de hernie de l'ovaire. Signalons l'observation de Guersant (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1858). Il s'agissait d'une tumeur du volume d'une petite noix, très mobile, douloureuse à la pression, fluctuante sur un de ses points, dure vers sa base.

Guersant songea à une tumeur congénitale. Il pensa que c'était un kyste. La gêne et la claudication qu'elle occasionnait le déterminèrent à l'extirper, mais l'enfant mourut de péritonite.

Schmidt (1865) dit que les hernies ovariennes inguinales sont le plus souvent congénitales.

Les hernies congénitales contiennent toujours les deux ovaires et les trompes : celles qui sont acquises ne contiennent que l'ovaire.

Coste, en Angleterre la même année (*The Lan-*

cet), appelle l'attention sur les étranglements des hernies tubo-ovariennes.

Œttingen (1868, *St-Petersbourg Zeitschrift*) signale une hernie crurale qui ne présente ses premiers symptômes qu'à 41 ans.

Loumaigne (1869), soutient sa thèse devant la Faculté de Paris ; cet auteur eut l'occasion de voir une hernie crurale de l'ovaire droit dans le service de Dolbeau. Huguier pratiqua l'hystérométrie ; cette manœuvre montra qu'il y avait obliquité de l'utérus, les périodes menstruelles étaient précédées de douleurs lombaires et pelviennes, disparaissant dès que l'écoulement se faisait.

Loumaigne insiste sur l'hystérométrie comme moyen de diagnostic. Qu'il nous suffise de signaler ce point.

En 1870, Ballue, dans une thèse intitulée : *Des erreurs possibles dans le diagnostic des hernies*, signale un cas de hernie lombaire de l'ovaire ; mais il n'apporte guère de détails dans sa description et il est bien difficile de se rendre compte de la lésion en présence de laquelle il s'est trouvé.

Martin (1871) rapporte à la Société de Médecine un fait de hernie inguinale de l'ovaire droit.

English (1871) rapporte deux cas qui lui sont personnels ; il a pu réunir 38 observations (*Jahrbucher Wien.*).

Scanzoni (1873. *Beitrag. Band.*) rapporte une observation de grossesse survenant dans une hernie inguinale de l'ovaire et de l'utérus.

Freulet (Thèse Paris, 1874) oppose l'étranglement du testicule et l'étranglement de l'ovaire. La même année paraît la thèse de Wibaille ; nous y trouvons décrites les lésions des ovaires comme nous l'indiquons plus loin, les complications possibles : abcès, étranglements.

A l'étranger, Beigel dit à ce sujet : Le gonflement de l'ovaire prolabé se produit parfois non seulement pendant la menstruation, mais aussi pendant le coït ; sur six cas de hernies de l'ovaire qu'il a pu observer, deux constituaient des hernies crurales doubles. L'un des sujets éprouvait pendant les rapports sexuels de telles douleurs qu'elle dut y renoncer complétement.

Sonnenburg (1876. *Revue des Sciences médicales*) mentionne un ovaire droit hernié dans la région crurale, transformé en adénome kystique ; la tumeur datait de dix-huit mois, était le siége de douleurs qui se montraient par intervalle aux époques menstruelles.

Rheistaedter (1877) enlève un ovaire hernié sarcomateux (*Centralb. fur Gynækologie*).

Meadows, la même année, eut l'occasion de trouver un ovaire qui, dit-il, avait subi des modifications profondes : « il offrait de nombreux espaces irréguliers, en forme de tête d'épingle, d'un quart à un demi-pouce de long, puis remplis d'une sorte de liquide séreux ».

Puech (1878), publie un important mémoire dans les *Annales de Gynécologie*. Nous y revien-

drons en étudiant l'anatomie pathologique et les symptômes.

Léopold (1879) (*Arch. fur Gynæk.*), sous le titre : « Développement rudimentaire des tubes de Müller, hernie inguinale, de la corne utérine gauche, extirpation de cette partie de l'utérus et de l'ovaire gauche », montre que souvent une anomalie utérine (absence, utérus bicorne) coïncide avec la hernie de l'ovaire.

En 1880, Lorinser (*Wien Med. Wochenschrift*) relate le cas d'une femme de 70 ans, qui fut prise de vomissements et d'autres signes d'étranglements ; on trouva dans le canal inguinal gauche une tumeur du volume d'une noix que l'on présuma être l'ovaire.

Chambers (Soc. Obstét. de Londres), insiste sur la double hernie des ovaires.

Enfin Engelmann (*Ann. Gynæk trans.*), étudiant la hernie de l'ovaire à la suite d'un traumatisme, décrit les troubles nerveux et mentaux qui pour lui seraient très fréquents.

Barnes (1883) publiait dans les *Annales de gynécologie* une série d'observations qu'il avait réunies dans le but d'étudier la physiologie de l'ovaire hernié et d'en induire peut-être quelques points de physiologie de l'ovaire en situation normale ; enfin ce chirurgien se demandait quelle était la voie à suivre pour arriver sur l'ovaire ; fallait-il inciser sur l'ovaire dans le pli de l'aine ou ouvrir l'abdomen comme dans l'opération de l'ovariotomie ?

Thomas (1886), dans sa thèse inaugurale, insistait sur ce point, à savoir que l'ovaire hernié comme tous les organes en ectopie a tendance à dégénérer, et il posait comme principe qu'il ne fallait recourir à la cure radicale que dans le cas où la malade souffrait ou présentait des désordres nerveux ; dans les autres cas on devait se contenter de réduire et d'appliquer un bandage.

En mai 1890, M. Chénieux de Limoges présente à la Société de chirurgie de Paris une observation. Il s'agissait d'une femme de 40 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, et qui présentait une tumeur de la fesse droite ; l'augmentation de volume s'était effectuée rapidement depuis quelques mois. Le diagnostic était hésitant entre le lipome et la hernie. L'opération montra qu'il s'agissait d'une hernie de l'ovaire kystique avec sa trompe. L'ablation fut pratiquée et le pédicule non réduit fut fixé par quelques points de suture au pourtour de l'orifice.

Signalons la thèse de Boudaille (Paris, 1890).

En 1891 Wassilieff (*Rev. de chirurgie de Paris*) revient sur la hernie ischiatique, il rappelle la phrase de M. le professeur Le Dentu : le traitement de la hernie non étranglée comporte les mêmes indications qu'ailleurs, mais plus difficiles à remplir. Du reste Wassilieff ne s'attachait pas spécialement à la hernie de l'ovaire. Retenons seulement ces deux conclusions : dans la variété sus-pyramidale le débridement se fera en bas et en dehors,

le point de repère qui fera reconnaître la variété est l'arcade osseuse qui forme le bord supérieur de la grande échancrure ischiatique. Dans la variété sous-pyramidale, le débridement se fera en dedans. Le point de repère qui le fera reconnaître est l'épine sciatique.

La même année, MM. Poirier et Picqué font une étude de la hernie obturatrice (*Rev. de Chirurgie*, p. 693-956). Dans une première partie ces auteurs pensent que la hernie de l'ovaire et de la trompe présentent la plus grande importance au point de vue de la formation du sac ; nous reviendrons sur ces faits en étudiant l'anatomie pathologique.

En 1893, M. Lejars, dans la *Revue de chirurgie*, fait une intéressante étude sur la hernie inguinale simultanée de la trompe utérine droite et de la vessie et sur les hernies de la trompe isolée : il s'agissait d'étranglement tubaire ; l'étranglement était bien réel, la trompe était serrée dans un anneau : elle était œdématiée, congestionnée ; il semble, ajoute cet auteur, que l'on ait presque toujours affaire à un étranglement aigu, les adhérences n'existant pour ainsi dire jamais.

Manega (*Rif. medica*, Naples) rapporte une hernie inguinale gauche étranglée chez une enfant de quatre mois. Mais cette même année nous avons retrouvé plusieurs observations intéressantes à la Société anatomique de Paris.

MM. Guinard et Dudefoy rapportent un cas de hernie inguinale gauche de la trompe. Il y avait

salpingite correspondante, et pour Guinard l'infection de la trompe remontait à l'accouchement ; mais comme le faisait remarquer cet auteur il était bien difficile de dire si la hernie de la trompe existait avant l'infection, ou si c'est précisément la situation vicieuse de la trompe qui a favorisé cette infection.

M. Broca, à la même séance, rappelle qu'il eut l'occasion d'intervenir ; chez une fillette de 4 ans il existait une hernie inguinale double ; les organes étaient sains. Ce chirurgien concluait en disant que les hernies inguinales tubaires ou tubo-ovariennes sont presque toujours congénitales et cela, dit-il, explique leur plus grande fréquence à droite ; le canal de Nuck, comme le canal péritonéo-vaginal chez l'homme, ayant tendance à rester béant plus souvent à droite qu'à gauche.

Kousmine (1895. *Clin. Chirurgie de Kazan*) fait une publication ; il eut l'occasion d'opérer une tumeur de la région iléo-fémorale gauche, il trouva une dilatation kystique de la trompe en forme de hernie dans le canal crural.

En France, Defontaine (*Archives provinciales de Chirurgie*) mentionne une hernie inguinale de l'ovaire et de l'utérus chez une fillette de 7 mois.

En 1897 les communications sont nombreuses à la Société anatomique de Paris. Citons les cas de MM. Duplay et Wiart, Legueu, Launay.

En 1898 Carlo Massi (*Clinica, Chirurgica*) fit le diagnostic de hernie inguinale de l'ovaire. La

tumeur indolente au toucher présentait cependant un noyau dur, douloureux, gros comme une noisette.

La tumeur se réduisait sans gargouillement, on porta le diagnostic de hernie inguinale droite en partie réductible, la partie non réductible étant constituée par l'ovaire.

L'opération montra que le contenu du sac était l'ovaire, la trompe, une corne d'utérus rudimentaire formant le noyau dur. La corne utérine avait le volume d'une amande ; l'ovaire était petit, présentant de nombreux kystes, la lumière de la trompe était étroite, la muqueuse ne présentait aucun repli. Elle était tapissée d'un épithélium stratifié, l'utérus bien qu'atrophié était en position normale.

Schultz, à Paris, soutient sa thèse inaugurale sur les hernies de la trompe sans hernie de l'ovaire. A signaler, en 1899, l'observation de Maass parue dans le *Berliner Klinik Chirurgie*. Il s'agissait d'une fillette ayant depuis 48 heures tous les signes de l'étranglement herniaire ; après incision de la peau et des tissus sous-cutanés on tomba sur un sac très mince renfermant une masse fortement congestionnée constituée par l'ovaire et la trompe ; ce paquet se prolongeait vers l'abdomen par un pédicule plusieurs fois tordu sur lui-même.

De plus M. Wiart eut encore l'occasion de trouver une trompe herniée.

En 1900, Korte, au 29e congrès de Société alle-

mande de chirurgie rapporte un cas de hernie obturatrice chez une femme de 72 ans, chez laquelle on avait porté le diagnostic d'occlusion intestinale par tumeur et chez laquelle on trouva tout à la fois un kyste ovarique tordu et une anse intestinale gangrénée.

Signalons la thèse de Ogé (Paris, 1900) portant plutôt sur les hernies de l'utérus.

En 1902, (Paul Morf, *Annales of Surgery*) dit qu'il fit le diagnostic de hernie de l'ovaire à travers le canal inguinal gauche ; mais il trouva dans le sac de l'épiploon entourant l'extrémité libre de la trompe : l'ovaire était resté accolé à l'orifice interne du canal.

En 1903 Schopf (*Wiener Klinische Wochenschrift*) rappelle qu'il n'y a guère que quatre cas connus de hernie obturatrice : une malade de 68 ans se présenta avec les symptômes de l'étranglement herniaire : il y avait douleur dans le bas-ventre avec irradiation dans la cuisse gauche ; on reconnut l'ovaire et la trompe dans le canal obturateur. Du reste cet auteur n'insiste guère sur les lésions des organes génitaux, mais s'attache plutôt à décrire la hernie obturatrice et à en discuter la pathogénie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les hernies de la trompe et de l'ovaire sont congénitales ou acquises ; elles sont uni ou bilatérales : Nous ne ferons que mentionner les nombreuses théories qui ont été énoncées pour expliquer la hernie de l'ovaire. Puech admettait que le mouvement de descente exagéré des ovaires a de nombreuses analogies avec la migration du testicule. Cet auteur considérait les malformations utérines, les arrêts de développement de l'utérus comme s'accompagnant presque forcément de hernie ovarienne ; or, dans un grand nombre de hernies infantiles où la congénitalité ne fait pas de doute, il n'est nullement fait mention de malformations utérines ou des organes génitaux.

On a soutenu que l'ovaire sortait avant la trompe. Cruveilhier, au contraire, admettait que la trompe est herniée avant l'ovaire : mais Leuty (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1882) a montré que l'ovaire peut ne se loger qu'à la suite de l'utérus dans un trajet herniaire ; il y aurait donc là hernie utérine, puis dans une seconde phase hernie de l'ovaire.

Les hernies congénitales apparaissent dès la naissance : elles sont souvent méconnues jusqu'à

la puberté : la hernie restant indolore jusqu'à l'apparition des premières règles, ou bien dans d'autres cas la hernie est diagnostiquée dans les jours qui suivent la naissance ou dans les premiers mois de la vie.

Ogé, dans sa thèse, citant l'opinion de M. le proseur Berger dit : « Cette prédominance des hernies congénitales sur les hernies accidentelles ne doit pas étonner. Plues on sera fmiliarisé avec les caractères des unes et des autres, plus la proportion des hernies congénitales s'élèvera. »

Cependant il nous faut reconnaître que souvent la hernie semble acquise : Ce n'est qu'à l'âge de quarante-cinq ans qu'une malade de Brünner a ressenti une « déchirure de l'aine » et constaté quelque temps après « une grosseur de la même région ».

Une malade dont l'observation fut prise dans le service de M. le Professeur Tillaux avait soixante ans (Thèse de Thomas).

Puech que nous avons déjà eu l'occasion de citer rappelle que ces hernies surviennent avec la plus grande facilité au moment de l'accouchement.

Ce que nous venons d'énoncer s'appliquerait surtout aux hernies inguinales de l'ovaire. M. Berger pense que lorsque la trompe existe seule, il s'agit presque toujours de hernie acquise.

Nous allons étudier maintenant les différentes variétés de hernies.

1° *La hernie inguinale.*

Le sac, dit Thomas, peut être absent partiellement dans la hernie de l'ovaire tout comme dans la hernie du cœcum ou de la vessie. Mais envisageons d'abord le cas où le sac est complet : il peut y avoir eu persistance du canal de Nück.

Deneux admettait déjà, en 1813, que c'était par traction sur le péritoine que s'était formé à la place du canal de Nuck un nouveau sac herniaire. Le collet du sac ne présente aucune particularité ; dans les hernies congénitales anciennes on l'a trouvé rétracté, soudé avec le pédicule de la tumeur. Enfin ce sac produit des brides qui peuvent enserrer l'ovaire, et le bilober : dans des cas il y a épaississement manifeste du sac.

Quant au ligament rond aux cas de hernie inguinale, il est toujours nettement accolé au sac : il a été trouvé parfois plus court, plus épais qu'à la normale.

Le sac renferme fréquemment de petits kystes séreux, nous laissons naturellement de côté les cas de hernies étranglées où il y a un liquide roussâtre, plus ou moins sanguinolent; c'est là un fait banal que l'on retrouve dans tous les étranglements.

Le contenu du sac. — L'ovaire est en général sain au début, mais il est évident qu'à la longue

l'organe étant soumis aux traumatismes, aux congestions, lors des époques menstruelles on pourra voir survenir des modifications : la hernie, comme le relate une observation prise dans le service de M. le professeur Tillaux (thèse de Thomas 1886 1887) se met à grossir sans aucun traumatisme: elle acquiert le volume d'un gros œuf de dinde.

Il est à la vérité difficile de décrire les lésions de la hernie congénitale de l'ovaire, l'affection ayant été, dans la grande majorité des cas, une trouvaille d'autopsie.

Quoiqu'il en soit, l'ovaire est accompagné de la trompe: celle-ci est normale ou en voie d'atrophie ; on peut reconnaître un kyste développé sur l'une de ses franges ; il nous faut du reste distinguer les formes où la trompe existe seule sans hernie de l'ovaire. C'est une variété spéciale bien décrite par Schultz dans sa thèse (Paris 1899) : ce sont ces cas qui ne sont diagnostiqués qu'après l'ouverture du sac et où, comme l'a dit M. Lejars, « le chirurgien de prime-abord est un peu étonné, il s'attendait à trouver l'épiploon et il reconnaît la trompe et le pavillon frangé semblable à une fleur d'œillet rouge épanoui ».

L'épiploon peut accompagner l'ovaire ; à la longue il subira une dégénérescence fibreuse. A la palpation on retrouvera alors un corps dur, arrondi, qui pourrait en imposer pour un ovaire ; d'autres fois l'ovaire sera bien présent dans le sac, mais la sensation que l'on éprouvera sera celle d'une

tumeur molle, presque fluctuante. Il se peut que dans ce cas l'ovaire soit entouré d'une zone liquide qui masque sa présence.

Enfin le sac peut contenir le péritoine adjacent, c'est-à-dire le ligament large et les organes qui s'y rattachent.

Lésions de l'ovaire. — L'ovaire peut être kystique, c'est même là une lésion fréquente ; il est atrophié dans d'autres cas : cette atrophie serait plus fréquente chez la petite fille alors que les fluxions menstruelles ne viennent pas congestionner l'organe.

On admettait autrefois que l'ovaire hernié était en quelque sorte prédisposé aux dégénérescences. C'est ainsi que Rheistaedter (cité à l'historique) rapporte une observation de hernie de l'ovaire : la glande pesait 750 grammes ; on fut obligé de disséquer couche par couche les fascias et le sac herniaire ; la tumeur fut énucléée facilement, les anses intestinales adhéraient au sac et au pédicule ; déjà Guersant, en 1858, avait décrit un carcinome frappant une hernie inguinale double. Mais dans la majorité des cas il s'agit d'un ovaire kystique : le kyste est variable comme volume ; très adhérent à l'ovaire comme le faisait remarquer Boudaille dans sa thèse : cet auteur du reste dans ses conclusions écrivait :

« L'ovaire dégénéré, kystique ou cancéreux, sera réséqué ; l'ovaire sain sera réduit dans l'abdomen. Au cours d'une cure radicale on attirera l'ovaire

au dehors pour l'examen *de visu* qui guide le chirurgien pour la conservation ou la résection ».

Pour en finir avec l'ovaire kystique, disons que Hégar mentionne cette lésion comme étant de beaucoup la plus fréquente. Cet auteur parle même d'une hernie grosse comme une tête d'enfant. On peut trouver des kystes hydatiques (Lallement), un kyste dermoïde débordant le triangle de Scarpa.

La tuberculose de l'ovaire a été notée dans certains cas.

Quant à la trompe elle peut être normale, considérablement hypertrophiée (Bérard) ; nulle adhérence n'existant entre la trompe et l'intérieur du sac ; elle est grosse comme le doigt (Dupont, de Lausanne) ; cette hypertrophie peut porter sur la trompe et l'ovaire, ce dernier étant doublé de volume.

Plus importantes sont les lésions infectieuses de la trompe et de l'ovaire et les lésions dans lesquelles l'infection ne joue aucun rôle :

Dans le premier ordre de faits entrent les salpingites, dans le second les hémato-salpynx. Dolbeau décrit déjà un foyer purulent dans l'intérieur de la trompe, mais sans y attacher d'importance.

M. Lejars reconnut la trompe utérine à son calibre, ses flexuosités et surtout le bouquet de franges qui terminait son extrémité. L'orifice central du pavillon était épaissi, rouge, hyperhémié, la moindre pression faisait sourdre de grosses gout-

tes de muco-pus : il est vrai que dans ce cas il s'agissait de hernie étranglée.

Dans une pièce de MM. Guinard et Dudefoy nous trouvons l'ovaire doublé de volume : la trompe ressemble à « un gros boudin » ; à la coupe on trouve trois abcès séparés les uns des autres.

Nous pourrons encore trouver la dilatation kystique de la trompe utérine en forme de hernie dans le canal inguinal ou crural (Kousmine), ou bien un pyosalpynx se développant dans le sac d'une hernie et faisant songer à un épiploon enflammé, à un sac herniaire suppuré (Gœpel).

Enfin la grossesse tubaire est une complication de la hernie de la trompe : elle n'est reconnue qu'au cours de l'intervention ; nous traiterons ce point au chapitre des complications.

Que devient l'utérus ?

Il ne garde presque jamais sa situation normale, la trompe et l'ovaire herniés entraînent de leur côté la corne utérine ; l'utérus prend une direction oblique, le corps étant dévié du côté où la hernie existe, le col regardant du côté opposé ; l'utérus peut présenter un prolapsus (Brünner), présenter la dégénérescence fibreuse. Enfin l'utérus peut se trouver dans la hernie et l'ovaire n'a fait que suivre cet organe : il y a eu deux périodes :

Période de hernie utérine simple ;

Période de hernie utérine et ovarienne.

Mais Florian Krug (*American Journal of obste-*

trics, 1890. New-York) a bien montré que la trompe et l'ovaire adhéraient fortement, presque toujours. L'utérus était facilement réductible.

On a signalé, en outre, des anomalies utérines.

Puech, que nous avons déjà eu l'occasion de citer, a montré que sur 86 hernies de l'ovaire, 33 fois on rencontrait des anomalies utérines ou vaginales. C'est ainsi que l'utérus bicorne se rencontrait dans quatre cas ; le plus souvent il y avait absence de l'utérus et du vagin.

Barnes dans les *Annales de gynécologie* (1883) citant Oldham rapporte une observation où on ne trouvait pas trace de vagin, ni d'utérus, mais les glandes mammaires étaient bien formées, de même dans un cas décrit par Werth. Il est à remarquer que chez tous les sujets présentant ces anomalies, l'ovaire paraissait avoir son développement normal, il était même hypertrophié, plus volumineux qu'une grosse noix dans le cas de Léopold (*Arch. gynæk*, 1879) ; l'examen histologique minutieux démontra un développement régulier des ovules.

En résumé, comme le disait Cruveilhier en 1827, « lorsqu'il y a l'ovaire dans un sac herniaire on trouve toujours la trompe, mais la trompe peut occuper seule le trajet herniaire ».

Telles sont les lésions des hernies de la trompe et de l'ovaire, lorsqu'elles occupent le canal inguinal.

2° *La hernie crurale.*

Aubry, en 1842, à la Société anatomique de Paris, rapporte une observation de hernie crurale qui différait par son siége de la hernie crurale ordinaire ; elle était fixée près de la partie externe du ligament de Fallope, au-devant du pectiné, en dehors des muscles adducteurs, en dedans des vaisseaux cruraux ; c'était une hernie à travers le ligament de Gimbernat.

En 1854, Dolbeau (Soc. Anatomique) rapporte un cas analogue : la trompe présentait des lésions. Cet auteur parle d'une poche située dans la cavité de la trompe ; il s'agissait d'une hernie étranglée. Et en général ce n'est qu'après incision du sac et issue d'un liquide plus ou moins foncé que l'on reconnaît un organe, plissé, rouge sombre, frangé, œdématié, se continuant à sa base avec un petit conduit.

C'est aussi par hasard que Kronlein trouva au cours d'un débridement un organe ressemblant à une crête de coq, mou au toucher, semblant formé d'un tissu caverneux, gorgé de sang.

M. Lejars pense que dans la hernie crurale tubaire étranglée la fétidité du liquide est plus marquée que dans les autres étranglements : l'épanchement est souvent sanieux. Enfin la trompe est souvent libre de toute adhérence. Bérard cepen-

dant avait signalé quelques connexions de la trompe avec la partie antérieure du collet du sac, mais le pavillon et le reste de l'organe hernié étaient entièrement libres; enfin nous rappellerons que c'est à la suite d'une hernie crurale tubaire que M. Lejars a admis que la trompe infecte elle-même le sac herniaire où elle est incluse ; les éléments infectieux sont déversés dans le sac par l'orifice béant de son pavillon.

3° *La hernie obturatrice.*

Dans le cas de MM. Poirier et Picqué, la hernie suivait le trajet du canal sous-pubien : du reste, tous les chirurgiens qui ont décrit la hernie obturatrice ne se sont pas attardés aux lésions tubaires ou ovariennes : ils ont plutôt discuté sur le mécanisme de la hernie. Signalons dans cet ordre d'idées les observations de Korte et de Schopf que nous avons relatées au chapitre de l'historique. Nous rappellerons que pour Fischer la hernie peut se faire en quatre endroits :

Entre la partie supérieure et moyenne du muscle obturateur externe ;

Dans le canal sous-pubien ;

Entre les deux membranes obturatrices ;

Entre la membrane obturatrice externe et l'incisure de la cavité cotyloïde.

4° *La hernie ischiatique.*

Lorsque parut le mémoire de Puech, Camper était le seul chirurgien qui eût décrit la hernie ischiatique.

Chénieux de Limoges, en 1890, présenta un cas à la Société de Chirurgie de Paris où le diagnostic posé fut lipome. On ne reconnut la nature de la hernie qu'au cours de l'intervention.

Wassilieff a montré que les hernies de cette région devaient se faire au-dessus du muscle pyramidal du bassin : Il y a là, dit-il, « un orifice normal ». Il est vrai que le cas décrit par cet auteur ne fut pas opéré, et nous ne pouvons dire qu'il s'agissait de hernie de l'ovaire. Quoiqu'il en soit la hernie se marquerait par une tumeur ou une douleur siégeant en un point très limité correspondant à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs d'une ligne allant de l'épine iliaque postérieure au grand trochanter ; c'est en ce point que l'artère fessière sort du bassin par la grande échancrure sciatique.

5° *Les formes rares.*

La hernie ombilicale a été rencontrée une seule fois par Camper déjà cité.

La hernie ventrale ne fut découverte que par hasard lors d'une incision d'abcès.

SIGNES, DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS

A. Signes et Diagnostic.

I. — *La hernie de l'ovaire chez l'enfant.* — C'est en faisant la toilette de l'enfant que la mère remarque une tumeur siégeant, soit au niveau du canal inguinal, soit au niveau de la grande lèvre ; c'est un symptôme que l'on peut trouver dès la naissance ou au contraire dans le courant des trois ou quatre premiers mois. Le volume de la hernie est variable ; elle a les dimensions d'une noisette, ou bien elle est piriforme à grosse extrémité dirigée vers le triangle de Scarpa : elle peut atteindre le volume du pouce, du petit doigt, comme chez une malade dont Defontaine rapporte l'observation dans les *Archives provinciales de chirurgie*.

Il nous faut avouer que les symptômes sont presque nuls : les cris poussés par l'enfant sont incessants sans qu'il y ait lieu de vouloir en faire un signe particulier. Cependant nous pouvons remarquer que les cris, l'effort, ne font guère varier le volume de la hernie. Celle-ci est *irréductible* :

la réduction ne s'obtiendra que dans le décubitus dorsal.

A la palpation nous pourrons reconnaître une tumeur fluctuante, et il nous sera possible à travers la couche liquide de percevoir des masses bosselées dont une se détachera plus nettement. Mencière fit le diagnostic en se basant sur la situation de la tumeur en haut de la grande lèvre, sur sa forme arrondie, sur sa *dureté*. Cet auteur parle de la brusque apparition de la hernie comme signe en faveur d'une hernie de l'ovaire (*Revue Mensuelle des maladies de l'enfance*, 1897).

Quant à la hernie de la trompe elle est impossible à diagnostiquer cliniquement. Dans un cas de M. Launay ce fut une découverte d'autopsie et M. Wiart a montré qu'avant la dissection il n'y avait rien d'apparent, pas de tumeur d'un côté ou de l'autre.

Il ne faudrait pas croire que les symptômes s'accentuent avec l'âge, c'est ainsi que chez l'enfant de trois, cinq, dix et onze ans, les signes sont estompés : la hernie sera méconnue, l'enfant portera un bandage souvent défectueux, la hernie existera depuis des années sans amener de troubles graves : elle ne se révèlera que par un étranglement.

Chez l'enfant la hernie augmente lentement de volume ; elle arrive à avoir les dimensions d'un œuf de pigeon ; l'anneau inguinal est sensiblement modifié ; il admet l'extrémité de l'index, la masse

est arrondie, pédiculée. Elle est *indolore* le plus souvent : c'est là un point à retenir, car nous verrons plus loin qu'elle est fréquemment chez la jeune fille, après l'établissement de la menstruation, et plus souvent chez la femme, le siége d'une sensibilité exquise. Tous les auteurs cependant ne partagent pas cette manière de voir en ce qui concerne la sensibilité de l'ovaire, et Mencière, dans son ouvrage intitulé : *La hernie chez la petite fille*, dit que c'est là un signe trompeur auquel on ne doit pas s'attarder.

Il faudrait surtout tenir compte de l'irréductibilité : mais ce n'est pas là un symptôme infaillible. Puech a vu une hernie bilatérale réductible chez un sujet où « chaque canal inguinal contenait un petit corps mobile, sensible à la pression, à surface rugueuse, ovoïde, du volume d'un haricot, dont le pédicule long d'un centimètre pénétrait dans la cavité abdominale par l'orifice inguinal légèrement rétréci. »

A côté de ces formes indolores nous rappellerons que Guersant avait pu rencontrer des hernies où la sensibilité se rapprochait de celle du testicule ; et dans deux observations de Ballue (thèse de Paris, 1870) la tumeur, douloureuse au moindre contact, ne permettait pas l'usage d'un bandage : même dans ces cas la douleur irradiait vers la fosse iliaque, vers les lombes, dans tout l'abdomen.

II. — *Chez la jeune fille.* — Barnes insiste dans l'étude qu'il fait des hernies de l'ovaire sur ce

point que la hernie ne se révèle souvent qu'à l'époque de la puberté : c'est ainsi qu'une fille qui n'a jamais été réglée, en même temps qu'apparaît le premier flux voit survenir dans une des grandes lèvres un gonflement douloureux qui bientôt disparaît. A chaque période le gonflement s'accentue ; l'augmentation de volume peut se faire graduellement, durer quatre à cinq jours. « L'organe tout entier entre en fonction, prend une forme aplatie » (Barnes).

A côté de ces formes absolument indolores, il en est d'autres où les douleurs sont telles qu'elles interdisent tout travail. La douleur est maxima au niveau du pli de l'aine, a des irradiations lombaires, abdominales, iliaques, crurales, plus rarement comme chez une malade de Léopold, la face se congestionne, une épistaxis peut précéder ou accompagner l'écoulement menstruel. Le même auteur signale de la rigidité, des claquements de dents, des convulsions et même du spasme tétanique; c'est chez ces malades que le moindre attouchement de la tumeur est en général insupportable.

Nous venons de voir que, pendant l'enfance, l'effacement des symptômes est au maximum, les seuls indices se réduisent à la constatation de la tumeur, mais celle-ci a alors des caractères si peu accusés qu'on peut dire que le *diagnostic n'est presque jamais posé :* sans doute, comme le dit Puech, on reconnaîtra que ce n'est point l'intestin parce

que la masse est solide et se réduit sans gargouillement : on éliminera l'adénite étant donné que le taxis *peut* réduire la tumeur; enfin il est bien rare que chez les enfants en bas-âge l'épiploon descende assez bas pour être à même de s'engager dans l'anneau inguinal. A vrai dire, c'est surtout après la puberté que la symptomatologie acquiert une précision moins sujette à contestation.

III. — *Chez la femme.*—A l'inspection on aperçoit une tumeur régulière, ovoïde, variant du volume d'une noix au volume d'un œuf pour employer les termes de comparaisons classiques.

La palpation fait reconnaître que la peau glisse partout sur la surface de la tumeur. Une exploration méthodique permet de trouver la fluctuation, un point induré, mais cette manœuvre provoque chez la malade une sensation spéciale, tout à la fois « douloureuse et voluptueuse » comme le dit Coste (*Journal des connaissances médicales et chirurgicales*, 1834). On remarque chez d'autres sujets que la pression la plus légère détermine de la douleur. Il a été beaucoup discuté sur cette sensibilité de l'ovaire au toucher : elle a été expliquée par l'hypothèse d'une congestion instantanée produite par l'effet de la pression. Il y aurait là, dit Brünner, un « état d'éréthisme spécial » et déjà Loumaigne, que nous avons eu l'occasion de citer plusieurs fois, avait insisté sur ce fait : « sous l'influence des tentatives de taxis, l'organe de flasque et d'inégal, devient plus dense, plus uni à sa sur-

face, on eût dit une sorte de priapisme amené par le toucher ».

On comprend toute l'importance d'un pareil symptôme. La sensibilité s'exagère, surtout aux époques menstruelles. C'est un signe de grande valeur que nous retrouvons dans presque toutes les observations, en même temps il y a augmentation de volume manifeste de l'ovaire ; parfois même chez les malades nerveuses on a pu noter de l'anxiété, des syncopes, des tendances au refroidissement des extrémités, tous ces symptômes disparaissant avec la fin de l'écoulement sanguin.

Continuons l'examen de la malade, nous verrons que la tumeur est mate à la percussion. Bérard avait conseillé d'examiner la hernie au stéthoscope comme on le fait pour l'hydrocèle de la tunique vaginale ; la masse était translucide dans un certain nombre de cas, l'ovaire était représenté par une zone opaque, c'est un signe très inconstant qui, pour Lorinser cité à l'historique, serait sans valeur clinique.

Les hernies de l'ovaire et de la trompe se réduisent difficilement, rarement d'elles-mêmes. Cependant chez une malade dont nous rapportons plus loin l'observation la hernie se réduisait dans le décubitus dorsal.

En général, dans l'intervalle qui sépare deux époques menstruelles, les douleurs sont nulles ou peu marquées, la femme continue à vaquer à ses occupations.

Englisch insiste sur ce point que la hernie examinée dans la semaine qui suit la cessation des règles est toujours plus volumineuse et que rarement elle revient au volume qu'elle présentait avant l'écoulement mensuel ; il se ferait donc un accroissement progressif.

La toux ne communique qu'une faible impulsion à la masse herniaire ; notons enfin que l'orifice externe du canal inguinal (au cas de hernie inguinale) est toujours élargi, mais ce n'est pas là un signe spécial.

Ce sont là les symptômes des hernies de la trompe et de l'ovaire ; lorsqu'il s'agit de hernie tubaire, les symptômes se confondent avec les précédents que nous venons de décrire.

Huguier avait insisté sur l'importance de l'hystérométrie : c'est là une pratique, pouvant rendre sans doute des services dans un grand nombre de cas, mais à laquelle il ne faudra recourir que comme ultime moyen de diagnostic. L'utérus est souvent défléchi si bien que son fond est incliné vers l'orifice qui a donné passage à l'ovaire (Ogé).

Tels sont les principaux symptômes des hernies de la trompe et de l'ovaire.

Barnes a décrit d'autres signes qui ne semblent pas avoir l'intérêt que ce chirurgien a voulu leur donner ; nous ne les avons pas trouvé rapportés dans les observations. Lorsque la patiente se tiendrait debout ou couchée sur le côté opposé la dou-

leur serait accrue, la sensation de tiraillements douloureux s'accentuerait.

Il n'existerait pas de coliques ou de constipation comme dans les hernies intestinales ; enfin le chirurgien anglais fait remarquer qu'en repoussant la portion vaginale de l'utérus contre la symphyse pubienne, de façon à allonger les ligaments large et rond on détermine de la douleur dans la région tuméfiée et le mouvement imprimé à l'utérus se communique à la hernie.

C'est en s'appuyant sur toutes ces données cliniques que se posera le diagnostic.

Reconnaître une hernie de l'ovaire n'est pas toujours facile, bien que Deneux ait dit qu'on ne pouvait s'y méprendre.

« L'ovaire hernié, formant toujours, dit-il, une petite tumeur ovoïde, *bien circonscrite*, résistante ; la pression y exagère la douleur qui généralement s'irradie vers le bassin *dans la direction du ligament large, vers l'utérus* ».

Il nous faudra rechercher quel est le siége exact de la hernie : inguinale ou crurale ; la chose est facile. Nous n'insisterons pas ; mais où la confusion pourra se faire c'est lorsqu'il s'agira de distinguer l'ovarioncie et l'épiplocèle. L'erreur sera d'autant plus facile à commettre que la tumeur offre dans l'un et l'autre cas les plus grandes ressemblances. Plus facile sera le diagnostic avec les adénites.

Les ganglions sont ordinairement plus mobiles, rarement uniques, ils ne subissent pas l'influence

des mouvements abdominaux, ni des tractions de l'utérus ; ils ne se prolongent pas par un pédicule sous l'arcade crurale ou dans la profondeur de la cavité abdominale. Mais il ne faut pas oublier que ces ganglions subissent parfois une légère augmentation de volume au moment du flux mensuel.

B. Les complications.

Nous mentionnerons d'abord comme complications relativement bénignes la contusion, la congestion, les troubles de la menstruation. Nous avons suffisamment insisté sur ces troubles au chapitre des symptômes pour ne pas avoir à y revenir.

L'étranglement nous retiendra plus longuement : il se rencontre dans les hernies inguinales, dans les hernies crurales, dans les hernies obturatrices, nous ne croyons pas qu'il ait été signalé dans la hernie ischiatique, du moins la littérature médicale n'en fait pas mention.

La hernie de la trompe sans hernie de l'ovaire est soumise aux mêmes complications. M. Lejars croit même que la hernie crurale tubaire étranglée est plus fréquente que la hernie inguinale, et dans ces cas constituant des étranglements graves il existait le plus souvent une véritable péritonite herniaire suppurée, « un *abcès* herniaire ».

L'étranglement peut survenir à tous les âges, mais surtout à l'âge adulte ; chez les vieilles femmes c'est souvent la première manifestation de la hernie de l'ovaire.

En général la hernie existe depuis plusieurs années ; brusquement apparaissent des signes d'occlusion : la face est crispée, la peau est sèche, le ventre est ballonné, les vomissements fréquents sont muqueux, bilieux, mais M. le professeur Berger et M. Lejars ont bien insisté sur ce point : ils sont *rarement fécaloïdes*.

L'excrétion stercorale existe à peine, elle est considérablement diminuée ; elle ne serait jamais totalement abolie comme dans l'étranglement intestinal ; de même en ce qui concerne l'arrêt des gaz.

Rappelons qu'on peut avoir les symptômes décrits par les classiques sous le nom de choléra herniaire : sensation de torpeur, crampes dans les mains, dans les pieds, dans les mollets. Il se peut que l'étranglement coïncide avec une époque menstruelle, c'était le cas de la malade opérée par M. le professeur Le Dentu dont l'observation se trouve dans la thèse de Wibaille (Paris 1874).

Chez d'autres femmes le tableau diffère : On voit une malade portant une hernie inguinale ou crurale présenter des signes d'étranglement pendant la période des règles : le pouls est faible, défaillant, il y a un état nauséeux plus ou moins accentué, puis tout rentre dans l'ordre. Mais quelques

mois après survient un étranglement avec un cortège de symptômes graves nécessitant l'intervention. Quand on examine directement la hernie on trouve une tumeur ovoïde du volume du poing, existant dans le pli de l'aine, au-dessus ou au-dessous de l'arcade de Fallope. La peau peut être normale, rosée, ou de teinte ecchymotique, mobile en un point, très adhérente dans une zone voisine ; on reconnaît en outre sa consistance très différente suivant les régions examinées : elle est dure à son pôle supérieur, fluctuante à sa partie inférieure, et au travers de la paroi abdominale on détermine un pédicule se perdant sous l'arcade crurale ou dans le canal inguinal.

Ce sont là les signes ordinaires de l'étranglement, et nous devons avouer que presque toujours le diagnostic ne fut posé qu'au cours de la kélotomie.

Pour nous résumer, nous dirons donc que l'étranglement est brusque dans son apparition ou au contraire procède par étapes ; cette forme se rencontrant surtout chez la femme adulte ; l'étranglement à début brusque se rencontrerait pour Brünner chez la femme âgée, *longtemps après la ménopause*. Rappelons que pour M. Lejars le sphacèle de la trompe n'existerait que rarement. Courty a cependant décrit une péritonite généralisée.

Nous n'avons pu retrouver les faits intéressant l'évolution des hernies de la trompe et de l'ovaire au cours de la grossesse.

Quelques auteurs avaient pensé que la hernie de ces organes prédisposait à l'avortement ; une observation que nous reproduisons plus loin ne nous permet pas de conclure, ce cas étant isolé ; mais Barnes admet que la *grossesse extra-utérine* est fréquente dans tous ces cas.

Malherbe signale une grossesse tubaire rompue dans le péritoine, venant faire saillie au niveau du canal inguinal et présentant tous les symptômes de la hernie inguinale étranglée : dans cette observation la malade avait senti que « quelque chose lui craquait » un mois auparavant; à son entrée à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier, la tumeur était dure, tendue, douloureuse. Après incision du sac que l'on trouva vide, il s'écoula une quantité considérable de sang, le petit bassin, le cul-de-sac de Douglas étaient remplis de caillots et de sang liquide. L'ablation des annexes fut pratiquée sans difficulté; la malade guérit parfaitement.

Jordan eut aussi l'occasion de donner une description peut-être encore plus typique : on a tous les symptômes de la grande inondation péritonéale, le visage est anxieux, le pouls petit et fréquent, le ventre est très tendu, donnant partout un son tympanique, uniformément sensible à la pression ; on reconnaît une tumeur herniaire molle, non dépressible, irréductible, il y a des vomissements continuels. C'est dans ces conditions que Jordan fit une incision au niveau de la hernie, le

sac libéré fut trouvé rempli de caillots noirâtres, sanguins, très adhérents aux parois; après avoir enlevé les caillots on vit suinter, venant de la profondeur, un sang rouge artériel. En pénétrant dans la profondeur du sac herniaire on trouva un fœtus; les annexes furent attirées dans la plaie ; on réséqua l'ovaire après ligature. Le fœtus était long de 7 centimètres 1/2 : il devait être âgé de onze à douze semaines.

Ce sont là deux formes cliniques bien différenciées : dans l'une, signes d'étranglement ; dans l'autre, signes d'hémorrhagie grave.

Nous avons été frappé au cours des recherches que nous avons faites par le petit nombre d'observations mentionnant une *affection suppurée* de la trompe et de l'ovaire, c'est pourquoi il n'est pas facile d'en décrire un tableau clinique. On avait les signes de l'étranglement dans le cas de MM. Guinard et Dudefoy, et c'est sous le même aspect que se présentait le pyosalpinx décrit par Gœpel. La malade remarqua que sa hernie était « ressortie », mais elle ressentit des symptômes plus douloureux que de coutume, le pouls était à 100, la tumeur grosse comme un œuf de poule soulevait le ligament de Poupart; il était difficile de dire si la hernie était inguinale ou crurale. L'utérus un peu gros était antéfléchi.

On pratiqua l'opération d'urgence et on reconnut un ovaire kystique, une trompe à parois épaissies : à l'ouverture de la trompe s'échappa « un

liquide clair, fluide, contenant une grande quantité de diplocoques ».

Nous n'insisterons pas sur les *kystes*. C'est une complication que nous avons étudiée au chapitre de l'anatomie pathologique, elle se diagnostique rarement.

Nous citerons en terminant : la *tuberculose* herniaire qui ne se reconnaît le plus souvent qu'au cours d'une intervention, le péritoine est tomenteux, la trompe est repliée en anse et au-dessus d'elle on trouve l'ovaire engagé dans l'anneau interne : il y a des granulations tout autour de la trompe (Mencière. *Revue des maladies de l'enfance*, 1897).

Enfin rappelons qu'autrefois on pensait que l'ovarioncie prédisposait au cancer (Guersant), à l'angiosarcome (Lefort). Il ne nous a pas été donné de retrouver des cas assez nombreux nous permettant de conclure nettement sur ce point.

TRAITEMENT

Nous ne sommes plus au temps où sur 17 opérées de hernies Puech enregistrait six décès. Quelle que soit la hernie il faut en pratiquer la cure radicale. Mais cette intervention sera plus ou moins compliquée suivant les cas, suivant l'âge du sujet : chez l'enfant et chez la jeune fille l'ovaire et la trompe seront réduits.

Chez la femme adulte on examinera avec soin les organes ; si l'ovaire est kystique il sera réséqué ou on pourra détruire le kyste au thermocautère ; la trompe sera examinée scrupuleusement ; on la libèrera, on la réduira.

En cas de salpingites, de grossesse tubaire, la question n'est même pas à discuter ; on fera l'ablation, de même au cas de tuberculose. En somme, il importera de réduire la trompe et l'ovaire, et de conserver des organes qui, s'ils sont déplacés, ont conservé malgré tout leur importance et leur rôle physiologique.

Observations de hernies inguinales.

OBSERVATION I

Hernie inguinale congénitale formée par l'ovaire.
BILLARD. — *Traité des maladies de l'enfance.*

Joséphine R..., âgée de 17 jours entre à l'infirmerie ; ventre légèrement tendu ; il existe à la région inguinale gauche une tumeur arrondie, dure au toucher, ne pouvant rentrer dans l'abdomen par le taxis, ne diminuant pas par la pression, n'augmentant pas par les cris de l'enfant.

La mort survint à la suite d'une pneumonie ; on reconnut qu'il s'agissait d'une hernie de l'ovaire gauche descendu par le canal et l'anneau inguinal : la matrice attirée par son ligament rond, par l'ovaire qui faisait hernie était déviée de sa position naturelle et s'inclinait vers le côté gauche. L'ovaire et le pavillon de la trompe un peu rouges, tuméfiés étaient logés librement au fond du sac formé par un prolongement du péritoine avec la cavité duquel il communiquait : il n'y avait point de circonvolutions intestinales adhérentes aux parties voisines et l'ovaire du côté opposé était dans sa situation habituelle et le ligament rond de l'utérus du côté où existait la hernie était plus court et plus fort.

OBSERVATION II

Hernie inguinale de l'ovaire gauche.

GUERSANT. — *Soc. de chirurgie,* 1851.

Une petite fille de 11 ans, bien constituée, portait dans la grande lèvre gauche une tumeur du volume d'une petite noix très mobile, douloureuse à la pression, un peu fluctuante sur un des points, dure vers sa base. Les parents avaient constaté l'existence de cette tumeur alors que leur petite fille n'était âgée que de un an ; indolore au début elle avait entraîné une gêne de plus en plus marquée ; de la claudication.

Lors de l'intervention on reconnut l'ovaire ; une ligature fut posée au-devant de l'anneau sur son pédicule.

L'enfant mourait trois jours après avec des symptômes de péritonite.

OBSERVATION III

Hernie inguinale double de l'ovaire.

GUERSANT. — Soc. de Chirurgie, 1851.

Petite fille, âgée de 3 ans, atteinte de tumeurs inguinales: l'une est réductible, l'autre ne l'est pas : à l'autopsie les deux ovaires ont été trouvés cancéreux ; leurs lobes occu-

paient en partie les deux fosses iliaques et se réunissaient sur la ligne médiane ; le bord inférieur de l'épiploon gastro-colique était également cancéreux.

OBSERVATION IV

Hernie inguinale droite de l'ovaire.

Balley. — Thèse de Doctorat.

E... B..., âgée de 10 ans, porte depuis deux ans une petite tumeur grosse comme une noisette au niveau de l'anneau inguinal externe du côté droit ; cette tumeur est douloureuse, réductible dans le décubitus dorsal; elle est ovoïde, dure au toucher, circonscrite, rénitente ; elle peut être déplacée, refoulée jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre ; la peau est tendue sans altérations.

Cette tumeur offre la sensation que pourrait donner le testicule : une fois réduite elle se reproduit aussitôt sous l'influence de la marche. Il n'y a pas à noter de troubles digestifs, ni coliques, ni vomissements, ni constipation.

On prescrit un bandage herniaire comme pour une hernie intestinale et inguinale.

OBSERVATION V

Hernie double de l'ovaire.

Morel-Lavallée. — Soc. de Chirurgie, 15 mars 1851.

« La tumeur de l'aine se gonflait aux époques menstruelles, elle était globuleuse, inégale.

Le toucher établissait que le fond de l'utérus était entraîné du côté correspondant. De l'autre côté une tumeur présentait les mêmes caractères. Les hernies étaient sessiles, peu mobiles. Il y avait des adénites multiples ».

OBSERVATION VI

(Courty. — *Des maladies de l'utérus*).

Hernie inguinale de l'ovaire droit.

X..., célibataire 23 ans, avait depuis sa naissance dans l'aine droite une tumeur regardée comme une hernie ne causant presque aucune incommodité, ne disparaissant jamais, mais ne prenant aucun accroissement, ne devenant douloureuse qu'accidentellement. A 15 ans, elle commença à être menstruée, continua de l'être à intervalles réguliers, mais sans retentissement sur la tumeur inguinale.

Trois ans après elle s'aperçut que la tumeur avait augmenté de volume ; à l'époque menstruelle suivante elle éprouva de violentes douleurs précédant la perte, s'étendant à l'aine et profondément dans le bassin, tandis que la tumeur augmentait beaucoup de volume. Depuis ce temps elle éprouva même à chaque période des douleurs assez aiguës pour l'obliger à garder le lit.

Dans l'intervalle des règles elle souffrait peu ou point.

La malade fut opérée, on trouva un ovaire d'apparence compacte, renfermant de nombreuses cavités irrégulières de dimensions variables, toutes remplies de sérosité.

OBSERVATION VII

(Thèse de Thomas).

Hernie inguinale.

Femme de 22 ans, mariée à 18 ans ; lorsque cette malade se présente à l'examen, il y avait trois ans qu'elle avait reçu un coup dans la région du pubis. Elle ressentit une vive douleur, y porta la main perçut du côté droit une tumeur ayant le volume d'un œuf de pigeon; depuis 6 mois la tumeur grossit. La malade vit un médecin qui réduisit la masse herniée, mais celle-ci reparut aussitôt. La tumeur est située au niveau du tiers supérieur de la grande lèvre droite: elle présente une forme ovoïde, elle se continue par son extrémité supérieure avec l'anneau inguinal.

La pression n'y détermine aucune douleur : à la partie supérieure on a la sensation d'une tumeur marronnée, à la partie inférieure il existe de la fluctuation. La hernie est irréductible.

La toux ne communique qu'une légère impulsion. La percussion donne une matité complète dans toute l'étendue de la tumeur.

Nulle part on ne perçoit de gargouillement. On ne constate aucune transparence.

La tumeur n'est pas douloureuse spontanément. Les règles ne provoquent aucun symptôme.

A l'opération on trouva un ovaire kystique ; il n'y avait pas de déviation utérine.

OBSERVATION VIII

TRÉLAT. — *Gaz. des hôpitaux*, 1889.

Hernie de l'ovaire inguinale droite.

Mélanie A..., fleuriste, âgée de 47 ans, de bonne apparence et bien constituée, réglée à 17 ans.

Il y a 17 ans, à la suite d'un effort, apparition dans la grande lèvre droite d'une tumeur du volume d'une noix. Développement graduel et lent de la tumeur. Douleurs irradiant vers la grande lèvre et la partie interne de la cuisse. Accroissement de volume au moment des règles et même dans l'intervalle.

Utérus en antéflexion. La corne droite est rapprochée de l'orifice inguinal. Kélotomie.

On reconnut l'ovaire qui fut réséqué.

OBSERVATION IX

(Thèse de Boudaille)

Mad. C.., 28 ans.

Hernie inguinale congénitale.

Opérée le 4 juin 1900 : peau incisée on arrive facilement sur le sac qui est ouvert; il se présente alors un gros kyste adhérent à l'ovaire. On résèque cette glande avec une partie de la trompe, le ligament rond est intimement soudé au sac

herniaire et se trouve placé à la partie interne de ce sac. Deux fils sur le pédicule formé par le sac et le ligament rond.

OBSERVATION X

(Inédite, prise dans le service de M. Championnière).

La malade, âgée de 35 ans, blanchisseuse, entre salle Sainte-Marthe en mai 1902, pour une hernie qui, dit-elle, aurait apparu à la suite d'une chute dix ans auparavant.

La hernie est inguinale gauche : elle soulève les téguments elle est irréductible dans toutes les positions : la toux ne lui imprime qu'une faible impulsion.

Les règles sont normales, elles ne furent douloureuses qu'au début de l'établissement de la menstruation (la malade fut réglée à 16 ans). On porte le diagnostic d'épiplocèle.

Après l'incision on trouve un sac épaissi ; il est ouvert : pas trace d'épiploon, mais l'ovaire est trouvé de teinte ecchymotique, il est d'apparence saine ; il est réduit.

Son volume, bien que supérieur à la normale (l'ovaire ressemblait à une noix), ne correspondait pas au volume de la tumeur que l'on avait examinée avant l'incision.

Cure radicale.

Suites normales.

OBSERVATION XI

(Inédite, prise dans le service de M. Lucas-Championnière).

Françoise M..., âgée de 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 15 ; elle a remarqué quelques mois après son accouchement datant de deux ans, une tumeur de l'aine : elle est du volume d'un œuf de poule, très sensible, gênant la flexion de la cuisse sur le bassin s'accompagnant de douleurs abdominales, mais particulièrement sensible au moment des règles : ce fait détermine M. Michon à faire le diagnostic de hernie de l'ovaire.

Le 28 mars 1903. — Opération.

A l'ouverture du sac écoulement d'un liquide clair : le doigt introduit dans le trajet ramène l'ovaire kystique et la trompe dont on reconnaît le pavillon, celle-ci est épaissie, flexueuse, boursouflée, augmentée de volume : les annexes sont réséqués.

Cure radicale.

La trompe sectionnée montre sa muqueuse épaissie, recouverte d'un dépôt muco-purulent.

Suites très simples.

La malade quittait l'hôpital vingt jours après, parfaitement guérie.

OBSERVATION XII (Inédite).

La nommée C..., journalière, âgée de 23 ans, entre salle Denonvilliers à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Nélaton, le 8 janvier 1904.

Jamais de grossesse, ni de fausse couche.

La malade s'est aperçue de la hernie à l'âge de 17 ans, jusqu'alors elle n'avait éprouvé aucun symptôme : elle a porté un bandage pendant deux ans, dès le début de la journée la hernie sort, elle devient sensible, elle est irréductible ; quand le soir la malade est dans le décubitus dorsal la hernie rentre spontanément. Les périodes menstruelles étaient très douloureuses : les règles revenaient toutes les trois semaines, durant quatre à cinq jours : la hernie devenait sensible la veille de leur apparition : depuis un an les règles sont plus douloureuses obligent parfois la malade à s'aliter.

A l'examen on reconnaît une hernie inguinale droite irréductible, peu sensible, n'augmentant pas de volume quand la malade tousse.

En entendant parler des phénomènes douloureux mensuels on fit le diagnostic possible de hernie de l'ovaire, mais à vrai dire on ne fit qu'émettre une hypothèse. Au toucher on ne trouva rien.

Le 13 janvier. — Opération.

On reconnaît après ouverture du sac la trompe légèrement adhérente ; l'ovaire absolument normal.

Les organes sont réduits.

Ligature du sac. Cure radicale par le procédé de Bassini.

Suites très simples.

Douze jours après la malade eut ses règles et ne ressentit pas les souffrances qu'elle avait endurées aux époques précédentes.

La malade a été revue le 19 mars. Son état actuel est parfait.

Observations de hernies crurales.

OBSERVATION XIII

VERDIER. — *Traité des hernies.*

Hernie crurale droite.

Femme, âgée de 30 ans, d'un tempérament nerveux, sanguin, présente une petite tumeur à l'aine droite, soulevant les téguments dans le voisinage du bas-ventre près de l'arcade crurale.

Son volume est très variable, beaucoup plus grosse à l'époque des règles, elle diminue presque totalement à leur issue. Le bandage ne peut être supporté. Il fut remplacé par une ceinture élastique, mais la hernie fut toujours douloureuse au moment des règles.

OBSERVATION XIV

Loumaigne. — Thèse Paris.

Hernie crurale droite.

La nommée Jeanne M..., âgée de 34 ans, entre à Beaujon, dans le service de Dolbeau : elle demande à être débarrassée d'une tumeur douloureuse irréductible, siégeant dans l'aine droite, ayant à peu près le volume et la forme d'un œuf de pigeon ; elle serait survenue à la suite d'un effort :

Située au niveau de l'anneau crural, la tumeur ne se laisse pas détacher des plans profonds, on lui découvre un pédicule mince, de consistance fibreuse s'engageant du côté de l'abdomen à travers l'anneau crural ; ce pédicule s'insère à la partie postérieure et interne ; le toucher vaginal fut pratiqué : lorsqu'on imprimait des secousses brusques à l'utérus, on constatait que la tumeur exécutait sous la peau un glissement léger.

L'hystéromètre indiquait une inclinaison de l'utérus ; les règles très douloureuses s'accompagnaient d'augmentation de volume de la tumeur.

Observations de différentes formes de hernies.

OBSERVATION XV

Hernie ischiatique (rareté).

CAMPER cité par DENEUX.

Camper fit voir en 1759, au Collège d'Amsterdam, que le péritoine sortant à travers l'échancrure ischiatique gauche pour former un sac herniaire dont le fond était assez spacieux, cette poche membraneuse ne contenait aucun organe, mais l'ovaire gauche plus volumineux qu'il ne l'est naturellement y entrait aussitôt qu'on l'abandonnait à lui-même.

« J'ose affirmer, écrit cet auteur, que les intestins n'y ont jamais pénétré ».

OBSERVATION XVI

Même origine.

Hernie ventrale (rareté).

Ruisch rapporte qu'un chirurgien en ouvrant un abcès à la paroi inférieure et latérale de l'hypogastre enfonça l'instrument si profondément qu'il pénétra dans la cavité péritonéale ; cette division donna issue au même instant à du pus et à l'ovaire qui fut réduit sans peine et sans aucun accident.

Observations sur des complications herniaires.

OBSERVATION XVII

(Résumée) Deneux.

Hernie de l'ovaire pendant la grossesse.

Madame R... âgée de 37 ans, mère de 6 enfants, fit en courant une chute sur les genoux ; elle était enceinte de 4 mois 1/2. Cette chute donna lieu à des douleurs dans les régions lombaire et hypogastrique ; des tiraillements pénibles partant de l'aine gauche se propageaient jusque dans la fosse iliaque.

Station debout et décubitus dorsal douloureux. Soulagement dans le décubitus latéral gauche.

A 7 mois 1/2, accidents reprirent de la gravité. Dans les dernières semaines de la grossesse ils furent très violents accompagnés de syncopes.

Le troisième jour après l'accouchement la malade montre à Deneux une tumeur qu'elle venait de découvrir ; cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, est située dans l'aine gauche, vers la partie interne de l'arcade crurale, arrondie très douloureuse à la pression, ferme à sa partie moyenne, molle vers sa base. Signes d'étranglement.

Après incision on reconnaît une hydatide, attenant à l'ovaire hernié par la partie interne de l'arcade crurale.

Ni intestin, ni épiploon.

OBSERVATION XVIII

MAISONNEUVE. — Thèse de professorat.

Hernie inguinale droite étranglée.

En 1845, Mme C.., âgée de 50 ans, portait une hernie depuis plusieurs années. Elle n'y avait éprouvé jusque là que des troubles peu importants, lorsque brusquement apparaissent des signes d'étranglement. Face crispée, peau sèche. Ventre ballonné.

Vomissements fréquents de matières muqueuses et bilieuses.

Excrétion stercorale existait à peine. Une tumeur ovoïde de la grosseur du poing existait dans le pli de l'aine du côté droit, au-dessus du ligament de Fallope. La tumeur, sans changement de couleur à la peau, n'était pas rendue douloureuse à la pression. Elle était irréductible.

Débridement.

Réduction.

On reconnaît que l'ovaire était engagé dans l'anneau interne ; il formait une tumeur grosse comme un œuf ; sa consistance était ferme. Sa couleur était d'un rouge foncé.

La malade était guérie au bout de quarante jours.

OBSERVATION XIX

Thèse Wibaille.

Etranglement de l'ovaire.

Marie Ch..., entre le 12 octobre 1874 dans le service de M. Richet ; il existe dans l'aine une tumeur douloureuse, irréductible, dont elle n'avait jamais souffert.

Le 10 octobre. — Violent effort, douleur dans l'aine ; la hernie est irréductible.

11 octobre. — Nausées.

12 octobre. — Etat nauséeux continuel.

Tumeur du volume d'une petite poire, dure mais fluctuante ; la partie supérieure est absolument fixe : au travers des parois abdominales un pédicule se perd dans le canal inguinal. La percussion révèle une matité nette.

13 octobre. — Intervention sanglante.

Le sac est très épais, de consistance cartilagineuse : on trouve après son ouverture un corps dur, bosselé, de 2 centimètres 1/2 de long : il était violacé ; c'était l'ovaire.

La malade guérit.

OBSERVATION XX

Hernie inguinale. (Englisch).

Inflammation et suppuration.

Femme de 25 ans portait depuis sa naissance une tumeur inguinale droite, réductible, contenue par un bandage jus-

qu'à l'âge de 12 ans : la tumeur sortit, augmenta de volume et devint douloureuse, une grossesse survint pendant laquelle la tumeur sortit plus rarement, devint plus petite, resta exempte de douleurs ; accouchement normal. Six jours après, l'accouchée se lève, la tumeur reparaît, acquiert le volume d'un œuf, devient irréductible ; on constate à son entrée à l'hôpital une tumeur piriforme, douloureuse, irréductible, mate à la percussion avec fluctuation incontestable.

Toucher vaginal.

L'utérus incliné vers le côté de la tumeur, portion vaginale déjetée à gauche.

Constipation. Pas de vomissements.

Ponction de la tumeur. Issue de pus.

Guérison.

OBSERVATION XXI

Balleray cité dans la thèse de Thomas.

Hernie ancienne de l'ovaire gauche.

Femme de 37 ans, sans enfants, affectée depuis longtemps d'une hernie inguinale, oblique gauche étranglée ; étranglée et réduite par le taxis, pendant la période des règles la tumeur est devenue irréductible.

Langue sale.

Pouls faible, défaillance, prostration.

La tumeur herniaire, volumineuse, semblait être divisée en deux parties par un sillon ; la peau était à son niveau assez enflammée et sensible ; on éprouvait une sensation

particulière qui fit penser à une hernie de l'ovaire ; après ouverture du sac on reconnut que l'ovaire gauche occupait seul la pointe inférieure du sac ; il était étranglé par une bande fibreuse qui fut sectionnée, l'ovaire fut refoulé.

OBSERVATION XXII

Scanzoni. — (*Annales de gynécologie* de Wurtzbourg, 1870).

Hernie inguinale gauche (Ovaire. Utérus).

Femme réglée à 21 ans, retourne à son travail quatre jours après son second accouchement, un mois après elle veut soulever une barrique de vin, tombe et constate dans l'aine gauche une tumeur irréductible. La période menstruelle, non pas immédiatement mais quelques mois après, détermine une augmentation de la tumeur.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est attiré quand on essaie de soulever la tumeur.

La femme devient enceinte. Avorta à deux mois, la tumeur inguinale diminua après l'avortement.

Huit mois 1/2 après nouvelle grossesse ; au cinquième mois avortement, expulsion d'un fœtus, long de 26 millimètres.

OBSERVATION XXIII

Voigt, cité par M. Lejars.

Hernie inguinale de la trompe.

La femme d'un prédicateur de campagne, âgée de 36 ans, ressentit à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite « comme quelque chose qui s'échappait » et une tumeur se formait: elle jugea que c'était une hernie, elle parvint à la réduire. Elle était facile à réduire, mais un an plus tard en soulevant un objet assez lourd elle ne put réussir à la réduire. La tumeur devint sensible; son volume et les douleurs augmentèrent progressivement. Absence de selles, vomissements.

Dans la région inguinale droite, tumeur manifestement fluctuante, irréductible.

La tumeur s'ouvrit, il s'écoulait de la tumeur un pus sanieux où on reconnut un corps noir du volume d'une plume à écrire, frangé à ses extrémités, et ayant un canal très net.

OBSERVATION XXIV

Brunner, cité dans thèse de Schultz.

Hernie crurale tubaire étranglée.

R. M..., 68 ans.

La malade n'a remarqué la hernie que longtemps après la ménopause ; cette hernie n'est jamais rentrée complète-

ment; mais toujours quand on cherche à la réduire il reste en dehors de l'anneau une masse grosse comme une noisette. Dans les efforts la tumeur grossit: des crampes irradient jusque à la région épigastrique.

Dans la région crurale droite : on trouve au-dessous du ligament de Poupart une tumeur du volume d'un œuf de poule, un peu rouge à la surface, tendue très sensible.

Kélotomie. Après incision du sac on trouve un organe plissé, d'un rouge sombre, qui se continue à sa base avec un petit conduit, c'est l'extrémité frangée de la trompe gonflée et œdémateuse.

OBSERVATION XXV

Broca. Soc. Anat. 1893.

Hernie crurale gauche étranglée.

Femme âgée de 40 ans, avait eu un mois auparavant des accidents. Hernie crurale gauche de volume moyen ne présentant à l'examen rien de particulier.

Elle était étranglée depuis 36 heures.

Kélotomie.

Anse intestinale étranglée, flanquée à son côté interne de la trompe dont le pavillon est dirigé en bas.

La trompe n'adhérait pas au sac, elle fut réduite.

OBSERVATION XXVI

GUINARD et DUDEFOY.

Hernie inguinale gauche de la trompe.
(Salpingite correspondante).

F. H..., âgée de 24 ans, réglée à 16 ans.

Menstruation toujours douloureuse, crises nerveuses ; elle perdait du sang à chaque époque pendant huit jours.

Accouchement trois ans auparavant.

Trois semaines après elle commence à souffrir du ventre : elle s'aperçoit qu'elle porte dans la région inguinale une tuméfaction ; celle-ci douloureuse à la pression devient de plus en plus sensible.

Examen : on peut plisser la peau, au-devant de la tumeur : exploration difficile : en introduisant le doigt dans le canal inguinal on trouve une seconde tumeur qui semble tenir à la première par un tractus.

Kélotomie.

On reconnaît la trompe.

L'ovaire est doublé de volume.

La trompe ressemble à un gros boudin distendu par le pus.

OBSERVATION XXVII

Gœpel, Soc. Méd., Leipzig, 1896.

Hernie tubo-ovarienne. Pyosalpynx.

Femme de 62 ans ; à 50 ans elle remarqua une tumeur herniaire. La sortie de la hernie s'accompagnait de coliques.

La malade est prise subitement de frissons.

La hernie devient douloureuse.

Kélotomie ; la trompe est distendue par le pus ; l'ovaire présente un kyste.

CONCLUSIONS

I. — Les hernies des organes génitaux de la femme peuvent être :

Des hernies de l'ovaire ;

« de l'ovaire et de la trompe ;

« de la trompe seule ;

« d'une corne utérine et des annexes.

II. — La hernie inguinale est la plus fréquente.

La hernie crurale vient ensuite par ordre de fréquence.

La hernie obturatrice occupe la troisième place.

Enfin la hernie ischiatique peut se rencontrer mais nous disons que c'est une rareté.

III. — La conduite à tenir au cours de l'intervention variera suivant l'âge, suivant les lésions.

Chez l'enfant, chez la jeune fille, on tentera la réduction.

Chez la femme adulte, en cas de salpingite, de kyste, de l'ovaire ou du pavillon tubaire, en cas de tuberculose, on procédera à l'ablation de l'organe.

Dans les cas de tumeurs malignes, dégénérescences épithéliomateuses, sarcomateuses, on procédera à l'ablation; toutes réserves étant faites sur les récidives pouvant subvenir à plus ou moins brève échéance.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Traités.*

Duplay et Reclus. — Article Hernies.

Le Dentu et Delbet. — Article Hernies.

— Dict. de médecine. T. XXII (Velpeau).

Verdier. — (Traité pratique des hernies, 1840).

Billard. — (Maladies des enfants, 1837).

II. — *Thèses.*

Maisonneuve. — Thèse de professorat, 1850.

Balley. — Thèse de Doctorat. Paris, 1854.

Loumaigne. — Thèse de Doctorat. Paris, 1869.

Ballue. — Thèse de Doctorat. Paris, 1870.

Freulet. — Thèse de Doctorat. Paris, 1874.

Wibaille. — Thèse de Doctorat. Paris, 1874.

Olivier. — Thèse de Doctorat. Paris, 1878.

Thomas. — Thèse de Doctorat. Paris, 1886.

Boudaille. — Thèse de Doctorat, Paris, 1890-1891.

Schultz. — Thèse de Doctorat. Paris, 1898-1899.

Ogé. — Thèse de Doctorat. Paris, 1899-1900.

III. — *Bulletins et Revues scientifiques.*

France.

Morel-Lavallée. — Société de chirurgie, 1851.

Oldhams. — Med. Times, 1857.

Guersant. — Société de chirurgie, 1858.

Martin. — Société de médecine, 1870.

Bourdon. — Société anatomique, 1870.

Sonnenburg. — Revue des sciences médicales, 1876.

Puech. — Annales de gynécologie, 1878.

Barnes. — Annales de gynécologie, 1883.

Chénieux. — Société de Chirurgie, 1890.

Wassilieff. — Revue de Chirurgie, 1891.

Poirier et Picqué. — Revue de chirurgie, 1891.

Lejars. — Revue de chirurgie, 1893.

Guinard et Dudefoy. — Société anatomique, 1893.

Auguste Broca. — Société anatomique, 1893.

Defontaine. — Archives provinciales de chirurgie, 1895.

Duplay et Wiart. — Société Anatomique, 1897.

Legueu. — Société Anatomique, 1897.

Launay. — Société Anatomique, 1897

Etranger.

Coste. — The Lancet, 1868.

Œttingen. — St.-Pétersbourg Zeitschrift, 1868.

Englisch. — Journal chirurg. de Vienne, 1871.

Scanzoni. — Beitrag. Band, 1873.

Beigel. — Berlin. Maladies des organes génitaux, 1874.

Rheistaedter. — Centralb. fur Gynæk, 1877.

Meadows. — Obstetrical Transaction, 1877.

Léopold. — Arch. fur Gynæk, 1879.

Lorinser. — Wiener med. Wochenschrifft, 1880.

Chambers. — Société Obstétricale de Londres, 1880.

Manega. — Riforma medica, Naples, 1893.

Carlo Massi. — Clinica chirurgica, 1897.

Maass. — Berliner Klinik chirurgie, 1899.

Kœrte. — 29e Congrès de Société allemande de chirurgie, 1900.

Morf. — Annales of Surgery, 1901.

Schopf. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1903.

Imp. de la Faculté de médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.